

F a m i l i a l P o l i p o z i s K o l i ' d e T o t a l A b d o m i n a l

K o l e k t o m i - M u k o z a l P r o k t e k t o m i - J P o ş

I l e o a n a l A n a s t o m o z

THE ABDOMINAL COLECTOMY-MUCOSAL PROCTECTOMY-J POUCH ILEOANAL ANOSTOMOSIS IN FAMILIAL POLYPOSIS COLI

Dr.Serhasan BOZOKLU*, Dr.Teoman COŞKUN, Doç.Dr.Arif ÖZDEMİR*, Prof.Dr.Ahmet ÖZENÇ*, DoçDr.YusufBAYRAKTAR**

Hacettepe Onivrrsiyesi Tıp Fakültesi *Genel Cerrahi Anabilim Dalı, **Gastroenteroloji ABD

ÖZET

Total abdominal kolektomi-mukozal proktektomi-J poş ileoanal anastomoz familial polipozis koli (FPK) gibi prekanseröz ve sadece mukozayı tutan bir hastalığın en uygun ve en radikal cerrahi tedavisidir. FPK nedeni ile Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğine başvuran iki hasta bu teknikle opere edildi. Bu çalışmada iki hastanın kısa dönem takip ve sonuçlarını takdim ettik.

Anahtar Kelimeler: Familial polipozis koli, J poş, ileoanal a-

T Klin Gastroenterolojoloji, 1992, 3:

FPK 1/7000-1/24000 dolayında görülen otozomal dominant geçişli olmasına karşın %30 oranında spontan mutasyon sonucu ortaya çıkan, kolonda 100'ün üzerinde polip ile karakterli, kural olarak 40 yaşın üzerinde malign değişim gösteren bir hastalıktır (10). Hastaların çoğu asemptomatiktir. Nadiren diyare, rektal kanama, kolik tarzında karın ağrısı görülebilir. FPK saptandığında cerrahi rezeksiyon tek tedavi yöntemi olmasına rağmen uygulanacak cerrahi tedavi hala tartışmalıdır. 1970'li yıllara kadar iki ana cerrahi tedavi yöntemi kullanılıyordu.

Geliş Tarihi: 12.3.1992

Kabul Tarihi: 26.3.1992

Yazışma Adresi: Prof.Dr. Ahmet ÖZENÇ
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak.
Genel Cerrahi ABD, ANKARA

Bu çalışma 5-9 Kasım 1991, Nevşehir, IX. Ulusal Türk Gastroenteroloji Kongresi'nde tebliğ edilmiştir.

96

SUMMARY

Total abdominal colectomy-mucosal proctectomy-J pouch-ileoanal anastomosis technic is the most suitable and radical treatment of a disease which is precancerous and only effects the mucosa like familial polyposis coli. Two patients admitted to the General Surgery Department, Hacettepe University Hospitals were operated with this technic. In this study these two patients are cased with their early and late results.

Key Words: Familial polyposis coli, J pouch, ileoanal anastomosis

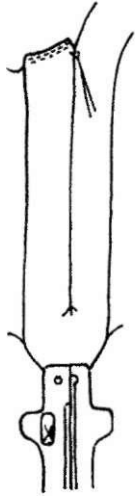
Turk J Gastroenterohepatol 1992, 3:

- 1) Total proktokolektomi, kalıcı ileostomi
- 2) Total kolektomi ileorektal anastomoz

Birinci yöntemde kalıcı ileostominin getirdiği fizik ve psikik problemler, ikinci yöntemde ise bırakılan rektum mukozasındaki mevcut veya sonradan gelişen poliplerden karsinom ortaya çıkma riskinin çok yüksek olması nedeniyle son yirmi yıl içinde anal sfinkteri koruyan ancak tüm kolon mukozasını çıkartan ameliyatlara uygulanmaya başlanmıştır. Ancak bu cerrahi yöntemde de mukozal diseksiyon tekniği, rektal güdük uzunluğu, optimum fonksiyonel sonuç için uygulanacak poş konstrüksiyon tekniği ve geçici ileostomi yapılıp yapılmaması hala tartışmalıdır.

MATERYEL VE METOD

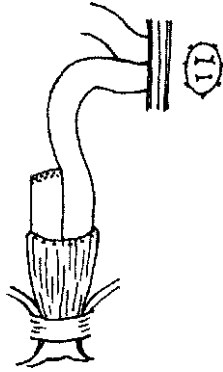
Her iki hasta whole-gut barsak temizliği sonrası ve 1 gram sefaperazon profilaksisi ile ameliyata alındı. Mesane sondası konarak hasta litotomi pozis-



Şekil 1. TA 90 slapler ile J poş hazırlanması



Şekil 2. CP.HA 25 slapler ile ileoanal anastomoz



Şekil 3. Ameliyatın son hali: ileoanal anastomoz ve geçici ileostomi

yonunda hazırlandı. Göbek üstü altı orta kesi ile karna girildi. Terminal ileum korunarak 4-5 cm'lik rektal güdük bırakacak şekilde total abdominal kolektomi yapıldı.

Güdüğe konan purse-string dikişleri sayesinde güdük anüsden dışarı alındı ve submukozal 1/300000'lik adrenalın enjeksiyonundan sonra keskin diseksiyon ile tüm rektuma mukozektomi uygulandı. Distal ileumda 15 cm'lik ileum boyunca GİA 90 stapler ile J-poş yapıldı (Şekil 1) ve 25 CEEA yardımı ile ileoproktostomi uygulandıktan sonra (Şekil 2) J-poşun 20 cm proksimalinden loop ileostomi yapılarak rektovezikale konan hemovak dren ile ameliyat sonlandırıldı (Şekil 3).

VAKA 1

34 yaşında erkek hasta. Son iki yılda ara ara gelen kolik tarzında karın ağrıları dışında şikayeti

yoktu. Teşhis aile hikayesi, çift kontrast kolon tetkiki ve endoskopik biopsi ile kondu. Biopsi sonucu adenomatöz polip olarak geldi. Şubat 1990'da bahsedilen teknik ve yöntem doğrultusunda FPK nedeni ile opere edildi. Histopatolojik inceleme sonucu adenomatöz polip olarak rapor edildi ve karsinom tespit edilemedi. İlk ameliyatını takiben sorunu olmayan hastanın poş grafisi çekilip ilk ameliyatından 21 gün sonra ileostomisi kapatıldı. İleostomi kapatılmasından sonra hasta antidiyareik almaksızın günde 8-9 kez (geceleri 1 kez) yumuşak forme gaita yapar vaziyette ve iyi bir anal sfinkter tonusu ile taburcu edildi. 6 ve 12 ay sonraki kontrollerinde hastanın günde 5-6 kez forme gaita yaptığı (bu dışkılama sayısının biri gece defekasyonuna ait olmak üzere) anal kontinansının tam olduğu, anastomoz darlığı olmadığı saptandı. Bu hastada komplikasyon olarak retrograd ejakülasyon gelişti.

VAKA 2

35 yaşında erkek hasta, 2 aydır gaitaya bulaşık tarzda rektal kanama, dışkılama sonrası damlama tarzında kanama ve ishal şikayetleri ile başvurdu. Çekilen kolon grafisi ve kolonoskopide multipl polipler saptandı. Aile hikayesi mevcuttu. Endoskopik biopsi sonucu adenomatöz polip olarak bildirildi.

Hasta Ekim 1990'da FPK tanısı ile bahsedilen teknik ile ameliyat edildi. Ameliyat sonrası sorunu olmayan hastanın, poş grafisi çekildikten sonra ilk ameliyatının 59. gününde loop ileostomisi kapatıldı. Hastanın 3 ve 6 aylık takiplerinde günde 6-7 kez forme gaita yaptığı, iyi bir anal sfinkter tonusu olduğu, seksüel ve üriner problemi olmadığı ve anastomoz darlığı bulunmadığı saptandı. Bu hastanın günde 6-7 olan dışkılama sayısının 1-2 keresinin gece defekasyonuna ait olduğu saptandı.

TARTIŞMA

İleal poş anastomoz ameliyatının fonksiyonel parametrelerinin, loop ileostominin kapatılmasından 6 ay sonra değerlendirilmesi gerekir. Bunlar dışkılama sayısı, anal kontinans, antidiyareik kullanımı, seksüel fonksiyonlar, üriner retansiyon ve poşitsin olup olmamasıdır (1,3,4).

Değişik istatistik veriler olmasına karşın ameliyatın fonksiyonel başarısı %90-94'dür (1-3,13). Başarısız ameliyat tanımı ameliyatın kalıcı ileostomiye çevrilmesidir. Başarısız tanımlanan ameliyatlara %75'i ilk bir yıl içinde meydana gelmektedir. Ameliyat sonrası günlük defekasyon sayısı şu üç faktöre bağlıdır.

1. Poş kapasitesi
2. Poşun her seferinde evaküasyon miktarı
3. Günlük gayta out-putu

Günlük 6 l'e kadar olan (ki bu sayının gece defekasyonuna ait kısmı 1 l olmalıdır) defekasyon sayısı başarılı bir ameliyat sonucu olarak değerlendirilmelidir (1,11).

İleal poş için lateral izoperisaltik W,H,S,J poş gibi değişik konstrüksiyon teknikleri tarif edilmiş olmasına karşın en çok taraftar bulan teknik J ve S poştur. J poşun rezervuar kapasitesi S postan daha az olmasına karşın (5,6) en fazla ve spontan evaküasyonu olan poş tekniği J poştur (7-9).

İlk ameliyatı takiben görülen en önemli komplikasyon anastomoz kaçağıdır. Bunun en önemli nedeni anastomoz gerginliğidir. Gerek J poş gerek S poş teknikleri arasında anastomoz kaçağı bakımından fark gösterilmemiştir (5,6).

Uyguladığımız ameliyat tekniğinde mukozektomi uygulanacak güdük uzunluğu 3-10 cm arasında değişmektedir. Ancak güdük uzunluğunun fonksiyonel sonuçları değiştirmedığı görülmüş ve bu nedenle ameliyat esnasında kanamanın ve mukozektomi esnasında rektumda artık mukoza bırakma riskinin daha az olduğu kısa güdük bırakma eğilimi ağırlık kazanmıştır. Bu uzunluk 3-5 cm arasında değişmektedir.

Pelvik abse gelişimi anal kontinansı etkilemez, sadece ileostomi kapama süresini uzatır. İleostominin kapatılma süresi hakkında değişik görüşler olması nedeniyle bu süre 45-90 gün arasında değişmektedir.

Her 2 birbirini takip eden ameliyat sonrası total komplikasyon oranı %25-30'dur (1,11). İlk ameliyat sonrası intestinal obstrüksiyon (%13), pelvik sepsis (%5-10), üriner retansiyon (%7), yara enfeksiyonu (%3) dür. İleostomi kapatılmasından sonra ise intestinal obstrüksiyon (%9), ileostomi kaçağı (%2), poşitis (%14), anastomoz darlığı (%5), retrograd ejakülasyon (%4) görülebilecek komplikasyonlardır. Geç dönemde görülen en önemli komplikasyon poşitistir ve ileostomi kapatılmasından bir ay sonra ortaya çıkabildiği gibi 5 yıl sonra da görülebilir (ortalama 16-14 ay dolayında görülebilir).

SONUÇ

Sonuç olarak günümüzde FPK'nin tedavisi için en uygun yöntem total abdominal kolektomi mukozal proktektomi değişik poş teknikleri ile yapılan ileoanal anastomozdur. Bu yöntemle kanser gelişme şansı ortadan kaldırılmakta ve fonksiyonel bir anal defekasyon sağlanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Pemberton JH, Kelly KA, Beart RW, Dozois RR, Wolff BG, Ilstrup DM. Ileal pouch anal anastomosis for chronic ulcerative colitis. *Aim Surg* 1987; 206(4):505-13.
2. Wong WD, Rothenberger DA, Oolberg SM. Ileoanal pouch procedure. *Curr Prob Surg* 1985; 22:9-78.
3. Becker JM, Raymond JL. Ileal pouch anal anastomosis: A single surgeon experience with 100 consecutive cases. *Ann Surg* 1986; 204:375-83.
4. O'Connel PR, Pemberton JH, Brown ML. Determinants of stool frequency after ileal pouch anal anastomosis. *Am J Surg* 1987; 153:157-65.
5. Nicholls RJ, Pezini ME. Restorative proctocolectomy with ileal reservoir for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis: A comparison of three reservoirs designs. *Br J Surg* 1985;72:470-4.
6. Harms BA, Pellet JR, Sturling JR. Modified quadruple loop (W) ileal reservoir for restorative proctocolectomy. *Surgery* 1987; 101:234-7.
7. Rosemurgy AS, Schrant WH, Block WH, Block GI. The physiologic effects of ileal reservoirs and efferent conduits complementing ileoanal anastomosis: An experimental study in dogs. *Surgery* 1983; 94:697-703.
8. Konjima Y, Sanada Y, Fonkalsrad EW. Comparison of endorectal ileal pull through following colectomy with and without a ileal reservoir. *J Pediatr Surg* 1982; 17:653-9.
9. Parks AG, Nicholls RJ, Belivean P. Proctocolectomy with ileal reservoir and anal anastomosis. *Br J Surg* 1980; 67:53-8.
10. Schwabe AD, Lewin JK. Polyposis syndromes. *Bochus Gastroenterology* 1985;4:2516-30.
11. Jonathan MS, Christopher BW. Ulcerative colitis and polyposis coli, surgical options: *Surgical Clinics of Nortli America* 1988;6:1319-38.
12. Williams NS, Johnston D. The current status of mucosal proctectomy and ileoanal anastomosis in the surgical treatment of ulcerative colitis and adenomatous polpposis. *Br J Surg* 1985;72:159-68.